

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / sairaanhoitaja AMK

Outi Sihvonen

Eveliina Villikka

MASENTUNEEN NUOREN VANHEMPIEN KOKEMUKSIA TUEN JA TIEDON  
SAAMISESTA HOITOHENKILÖKUNNALTA

Opinnäytetyö 2009

## TIIVISTELMÄ

### KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala, Kuusankoski

SIHVONEN, OUTI

VILLIKKA, EVELIINA

Opinnäytetyö

Työn ohjaajat

Toukokuu 2009

Avainsanat

Masentuneen nuoren vanhempien kokemuksia tuen ja tiedon saamisesta hoitohenkilökunnalta

38 sivua + 5 liitesivua

THM, Merja Laitoniemi

THM, Kristiina Mettälä

perhekeskeisyys, tuki, tieto

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia, kuinka masentuneen nuoren vanhemmat kokevat saavansa tukea ja tietoa hoitohenkilökunnalta. Tutkimustehtävinä oli selvittää, miten yhteistyö vanhempien ja hoitohenkilökunnan välillä kokonaisuudessaan toimii ja kuinka vanhempien asiantuntijuutta lapsensa suhteen kunnioitetaan. Tavoitteena oli lisäksi tuottaa tietoa siitä, millä tavoin hoitohenkilökunta huomioi vanhempien omaa jaksamista.

Kohderyhmäksi muotoutui 13 - 17-vuotiaiden masentuneiden nuorten vanhemmat, ja yhteistyötahona toimi Kouvolan nuorisopsykiatrian poliklinikka. Tutkimusaineiston keruumenetelmänä oli puolistrukturoitua kyselylomake. Tutkimus on kvalitatiivinen, ja aineiston analyysi oli sisällönanalyysia mukaileva.

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että vanhemmilla oli hyvin erilaisia kokemuksia sekä tuen että tiedon saamisesta. Osa vanhemmista koki saaneensa riittävästi tukea ja tietoa, mutta osa koki puutteita molemmissa. Myös vanhempien omaan jaksamiseen oli kiinnitetty vaihtelevasti huomiota. Joillekin vastaajille oli tarjottu mahdollisuutta omaan työntekijään, kun taas toisten jaksamista ei ollut huomioitu lähes lainkaan. Vanhemmat toivoivat henkilökohtaisempaa tukemista ja jaksamisen varmistamista sekä säännöllisiä tapaamisia ja yhteydenottoja. Myös tietoa ja tukea arjessa selviytymiseen ja lapsensa tukemiseen jäätin kaipaamaan.

## ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care, Kuusankoski

SIHVONEN, OUTI

Parents' Experiences of Support and Information Given

by

VILLIKKA, EVELIINA

Nursing Staff Following Their Youngster's  
Depression Diagnosis

Bachelor's Thesis

38 pages + 5 appendix pages

Supervisors

Merja Laitoniemi, MNSc

Kristiina Mettälä, MNSc

May 2009

Key words

Family-oriented nursing, support, information

The purpose of this study was to examine parents' experiences concerning the support and information given by the nursing staff. We wanted to get a holistic picture of the co-operation between the parents and the nursing staff and how the parents' expertise is respected. The aim of this study was also to see how the nursing staff pays attention to the parents' own wellbeing.

Our target group was the parents of depressed youngsters aged 13 to 17 years and our co-operation partner was the Adolescent Psychiatric Policlinic of Kouvola. The data was collected by questionnaires and we selected the qualitative research method. We also added a compact quantitative estimation scale to our research.

The results of our thesis showed that the parents had very different experiences about receiving both support and information. Some of the parents got enough support and information but some of the respondents felt lack of them both. The parents' own wellbeing was also paid attention to variably. Some respondents were offered a chance to an own nurse while others' wellbeing was hardly taken notice of. The parents hoped for more personal support and regular meetings and contacts. Information and support to manage with everyday life and support for the child were also expected.

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1 JOHDANTO	6
2 NUOREN DEPRESSION	7
2.1 Nuoruus depression kannalta	7
2.2 Depression käsitteenä	7
2.3 Depression esiintyvyys	8
2.4 Depression ennuste	9
2.5 Depression taustatekijöitä	9
2.6 Nuorten masennustilojen hoito	9
3 PERHEKESKEISYYDEN MERKITYS NUOREN DEPRESSION HOIDOSSA	11
3.1 Vanhemmuus ja perhe käsitteinä	11
3.2 Perhekeskeinen hoitotyö nuoren sairastaessa masennusta	12
3.3 Psykoedukaatio	15
4 VANHEMPIEN PSYKKINEN TUKEMINEN PERHEHOITOTYÖSSÄ	16
4.1 Psyykkinen tuki käsitteenä	16
4.2 Tuen saannin tärkeys vanhempien jaksamisessa	17
5 VANHEMPIEN TIEDOLLINEN TUKEMINEN PERHEHOITOTYÖSSÄ	19
5.1 Tiedon määritelmä	19
5.2 Tiedollisen tuen merkitys sopeutumisessa	20
5.3 Tiedonannon vaatavuus	21

6 TUTKIMUSONGELMAT	22
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	23
7.1 Tutkimus- ja aineistonkeruumenetelmä	23
7.2 Kohderyhmä	23
7.3 Aineiston analyysi	24
7.4 Tutkimuksen luotettavuus	25
8 TUTKIMUSTULOKSET	26
8.1 Vanhempien kokemuksia mahdollisuudestaan osallistua lapsensa hoitoon	26
8.2 Vanhempien kokemuksia oman jaksamisensa huomioinnista	28
8.3 Vanhempien kokemuksia tuen saamisesta	29
8.4 Vanhempien kokemuksia tiedon saamisesta	30
8.5 Vanhempien kokemuksia yhteistyön toteutumisesta kokonaisuudessaan	32
9 POHDINTA	32
LÄHTEET	37
LIITTEET	
Liite 1. Kyselylomake vanhemmille saatekirjeineen	

## 1 JOHDANTO

Väestötutkimuksissa on arvioitu, että nuoruusikäisten vakavan masennuksen yhden vuoden aikainen esiintyvyys olisi noin 3 - 10 % ja pitkäaikaisen masennuksen noin 1 - 2 % (Nuorten depressio - tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille).

Valitsimme aiheeksemme masentuneen nuoren vanhempien kokemuksia tuen ja tiedon saamisesta hoitohenkilökunnalta ensinnäkin henkilökohtaisista syistä, sillä lähipiirissämme on masentuneita nuoria. Vanhempien näkökulmaan päätimme perehtyä, koska vanhemmat ovat tärkeä osa nuoren elämää ja nuorten masennuksesta puhuttaessa vanhempien kokemuksia on vähän tutkittu. Lisäksi aihe tuntui ajankohtaiselta, koska perhekeskeisyys korostuu yhä enemmän sekä kirjallisuudessa että käytännön hoitotyössä.

Otimme yhteyttä Kouvolan nuorisopsykiatrian poliklinikan osastonhoitajaan ja tiedustelimme, olisiko hänellä kiinnostusta alkaa yhteistyökumppaniksemme. Hän kiinnostui, ja siten poliklinikasta tuli yhteistyötahomme, jonka kautta lähetimme kyselylomakkeet vanhemmille niin, ettei kenenkään henkilöllisyys tullut meidän tietoomme. Kohderyhmäksemme muodostui 13 - 17-vuotiaiden masentuneiden nuorten vanhemmat, koska poliklinikan asiakkaat ovat pääasiassa tämän ikäisiä.

Tutkimuksemme keskeisiä käsitteitä ovat perhekeskeisyys, tuki ja tieto. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, kuinka masentuneen nuoren vanhemmat kokevat saavansa tukea ja tietoa hoitohenkilökunnalta. Pyrkimyksenämme oli selvittää myös, kuinka yhteistyö vanhempien ja hoitohenkilökunnan välillä toimii ja kuinka vanhempien asiantuntijuutta lapsensa suhteen kunnioitetaan. Tavoitteenamme oli lisäksi tuottaa tietoa siitä, millä tavoin hoitohenkilökunta huomioi vanhempien omaa jakamista.

Tutkimukseemme osallistuneilta vanhemmilta saimme arvokasta tietoa siitä, kuinka hoitohenkilökunta voisi antaa tukea ja tietoa masentuneiden nuorten vanhemmille paremmin. Tutkimuksestamme on hyötyä kaikille hoitotyöntekijöille, jotka kohtavat työssään sairastuneen ihmisen perheitä tai muita tämän lähiverkostoon kuuluvia henkilöitä ja tukevat heitä arjessa jaksamisessa. Tutkimuksemme voi avata uusia näkemyksiä perheistä yhteistyökumppanina. Perhe on usein sairastuneen ihmisen tärkein voimavara.

## 2 NUOREN DEPRESSIO

### 2.1 Nuoruus depression kannalta

Nuoruusikä ajoittuu tavallisesti ikävuosiin 11 - 22. Tällöin nuori elää nopean fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kasvun aikaa, ja ikävaihe on mielenterveyden kehittymisen kannalta tärkeä. Nuoruusiän mukanaan tuomat muutokset saattavat aiheuttaa hämmennystä ja kuohuntaa nuoren mielessä. (Räsänen, Moilanen, Tamminen & Almqvist 2000, 34 - 36.) Lapsen itsenäistymiskehityksen myötä vanhemman ja nuoren suhteessa tapahtuu myös luonnollista etääntymistä, ja etäisyyden hakeminen vanhempien arvoihin ja näkemyksiin kuuluu nuoruusiän kehitystehtäviin (Laukkanen, Marttunen, Miettinen, & Pietikäinen 2006, 49).

Useat mielenterveyden häiriöt ilmaantuvat ensimmäistä kertaa nuoruusiässä ja häiriöiden esiintyvyys ja laatu muuttuvat nuoruudessa monin tavoin lapsiin verrattuna (Räsänen, Moilanen, Tamminen & Almqvist 2000, 36). Jos nuorella havaitaan psyykkistä oireilua, kertoo se usein kehityksen olevan vaarassa. Nuorten mielialahäiriöt tulisivat tunnistaa varhaisessa vaiheessa ja nämä nuoret olisi ohjattava hoitoon mahdollisimman nopeasti. Tässä tehtävässä perusterveydenhuolto, erityisesti kouluterveydenhuolto ja opetuksen piirissä henkilökunta, on avainasemassa. Onkin tärkeää muistaa, ettei nuori välttämättä itse edes tunnista masennustaan. (Nuorten depressio – tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille.)

### 2.2 Depressio käsitteenä

Sanalla masennus voidaan arkielämässä tarkoittaa ohimenevää tunnetilaa. Se on psykobiologinen perusreaktio, jota esiintyy läpi koko elämänkaaren syntymästä kuolemaan. Kun puhutaan masennuksesta oireyhtymänä tai sairautena, surullinen mieliala on yleensä voimakas ja pitkäkestoinen ja haittaa selvästi jokapäiväistä elämää. (Räsänen, Moilanen, Tamminen & Almqvist 2000, 191.)

ICD-10-luokituksen mukaan depression ydinoireita ovat masentunut mieliala ja mielenkiinnon tai mielihyvän kokemisen menetys. Myös muita mielialahäiriön oireita, kuten voimattomuutta ja väsymystä, keskittymiskyvyn heikentymistä, unihäiriöitä,

omanarvontunnon vähenemistä ja syyllisyyden tunteita, toivottomuutta sekä ajatuksia kuolemasta ja itsemurhasta, voi ilmetä. Nuorten ydinoireet kuitenkin poikkeavat aikuisista siten, että oireena voi olla ärtynyt, vihainen tai kätttyisä mieliala ja herkkyyys suuttua tai menettää maltti pienistäkin asioista. Ärtynyt mieliala voi esiintyä masennuksen tunteen sijasta. (Räsänen, Moilanen, Tamminen & Almqvist 2000, 191 - 194.)

Tunnusomaisia masennusoireita nuorilla ovat myös voimakkaat mielialan vaihtelut, ikävystyminen ja eristäytyminen sekä somaattinen oireilu, kuten vatsakivut ja päänsäryt. Jatkuva levottomuus, päihteiden väärinkäyttö, pikkurikollisuus ja erilaiset käytöshäiriöt oppimisvaikeuksineen voivat lisäksi kertoa masennuksesta. Väsymys ja unettomuus sekä kuolemaan liittyvät ajatukset ovat nuorelle tavallisia, mutta vakavia masennuksen oireita. Masentuneelta nuorelta onkin aina kysyttävä itsemurha-ajatuksista. Asian puheeksi ottaminen ei lisää riskiä ajatella tai toteuttaa itsemurhaa, vaan päinvastoin voi jopa osittain helpottaa toivottomuuden tunteita. (Räsänen, Moilanen, Tamminen & Almqvist 2000, 191 - 194.)

### 2.3 Depression esiintyvyys

Väestötutkimuksissa on arvioitu, että nuoruusikäisten vakavan masennuksen yhden vuoden aikainen esiintyvyys olisi noin 3 - 10 % ja pitkäaikaisen masennuksen noin 1 - 2 %. Vakavan masennuksen elinaikainen esiintyvyys nuorilla on noin 15 - 20 %, eli lähes vastaava kuin aikuisten parissa. Vakavan masennuksen osuus kaikista nuorten masennushäiriöistä on noin 85 % ja pitkäaikaisen masennuksen noin 10 %. Lisäksi tyttöjen riski sairastua nuoruusiässä depressioon on kaksinkertainen poikiin verrattuna. Nuorten terveyteen liittyvien tekijöiden joukossa depression osuus on koko ajan kasvamassa ja on arvioitu, että nuoruusiällä masennukseen sairastuvien määrä on lisääntymässä. (Nuorten depressio – tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille.)



## 2.4 Depression ennuste

Nuorisopsykiatriseen hoitoon hakeutuneiden nuorten keskuudessa tehtyjen tutkimuksien mukaan vakavan masennustilan kesto on keskimäärin 7 - 9 kuukautta (Nuorten depressio – tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille). Hoitamattomana sairauden katsotaan kestävän 7 – 11 kuukautta, mutta uusiutuminen on tavallista. Huomattavan uusiutumistaipumuksen vuoksi seuranta paranemisen jälkeen onkin oleellinen osa hoitoa. (Räsänen, Moilanen, Tamminen & Almqvist 2000, 198.)

## 2.5 Depression taustatekijöitä

Masennuksen taustalla voi olla sekä biologisia, psykologisia että sosiaalisia tekijöitä ja useimmiten sairastuminen on useamman kuin yhden tekijän yhteisvaikutusta. Masennuksen esiintyminen suvussa tai perheessä lisää muiden lähisukulaisten alttiutta sairastua masennukseen. Myös ruumiilliseen sairastamiseen liittyy lisääntynyt depression riski nuoren ollessa muutenkin herkkä kehossa tapahtuville muutoksille. (Räsänen, Moilanen, Tamminen & Almqvist 2000, 194 – 195.)

Psykologisista riskitekijöistä keskeisenä pidetään liian varhaisia erokokemuksia ja menetyksiä kehitysvaiheeseen nähden. Lapsena koetut laiminlyönnit, vanhemman menetys, väkivalta ja hyväksikäyttö altistavat masennukselle. Sosiaalisen tuen on todettu suojaavan depressiolta, ja nuori, joka joutuu pilkatuksi, alistetuksi tai vähätellyksi, on täten altis reagoimaan psyykkisellä oireilulla tilanteeseen. Myös perheen sisäiset kuormittavat tekijät, kuten sairaudet ja taloudelliset olosuhteet voivat altistaa masennukselle. (Räsänen, Moilanen, Tamminen & Almqvist 2000, 195 – 196.)

## 2.6 Nuorten masennustilojen hoito

Varhainen tunnistaminen ja hoito lyhentävät masennusjakson kestoja ja voivat ehkäistä uusia masennusjaksoja. Koska nuoruusiällä alkanut depressio uusiutuu usein paranemistaipumuksestaan huolimatta, on riittävän seurannan järjestäminen akuutin

vaiheen hoidon jälkeen tärkeää. Monia tilanteita voidaan hyvin hoitaa perusterveydenhuollossa, joten kouluterveydenhuollon merkitys tunnistamisessa ja hoidon tarpeen seulonnassa on suuri. (Nuorten depressio – tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille.)

Varsinkin nuoruuden alkuvuosina nuori tarvitsee hoitonsa tueksi vahvasti perhettään (Huttunen 2002, 331). Masentuneelle nuorelle sosiaalisten verkostojen tuki on ensiarvoisen tärkeää. Perheen lisäksi koulu tai mahdolliset harrastusyhteisöt voidaan kytkeä terapeuttiseksi verkostoksi, joka tukee lasta hänen ongelmissaan ja pyrkii vahvistamaan nuoren itsetuntoa. (Räsänen, Moilanen, Tamminen & Almqvist 2000, 197.)

Hoidossa oleellisinta on tukea antavien keskustelujen tarjoaminen sekä tiivis psykoterapia (Huttunen 2002, 331). Psykologisten ongelmien hoidossa käytetään pääasiassa erilaisia psykoterapian muotoja. Käytössä on myös sekä psykodynaamisia että kognitiivis-behavioristisia hoitomuotoja. Myös luovuusterapiaa ja rentoutusta terapeuttisena hoitomuotona on kokeiltu kohtalaisin tuloksin. Terapian tulee tukea nuoren persoonallisuuden kehitystä niin, että se antaa nuorelle mahdollisuuden muuttaa käsitystä itsestään. (Räsänen, Moilanen, Tamminen & Almqvist 2000, 197.) Varsinaista perheterapiaa suositellaan, mikäli perheeseen liittyvät tekijät ovat keskeisiä nuoren depression synnyssä tai ylläpitävät depressiota. Perheterapioissa tavoitteena on helpottaa perheenjäsenten keskinäisten suhteiden määrittelyä niin, että suuntautuminen iänmukaiseen irrottautumiseen ja itsenäistymiseen tulee mahdolliseksi. Se pyrkii eri tavoin auttamaan perheenjäseniä hahmottamaan oman ja toisten toiminnan, ajattelun ja tunteiden välisiä yhteyksiä. (Laukkanen ym. 2006, 84, 233 - 234.)

Mikäli depressio ei selvästi lieviydy psykososiaalisin keinoin muutamassa viikossa, pyritään hoitoon liittämään lääkehoito sellaisissa tilanteissa, jos masennustilan vuoksi nuoren toimintakyky on selvästi lamaantunut tai vakava masennus uusiutuu (Nuorten depressio – tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille). Kuitenkin lääkehoidon tulisi aina olla vain osana kokonaishoitoa (Huttunen 2002, 331).

Seurantaa voidaan jatkaa perusterveydenhuollossa erikoissairaanhoidossa olon jälkeen. Tärkeää on eri hoitotahojen joustava yhteistyö tutkimuksen ja hoidon eri vaiheissa, ja myös koulun kanssa voidaan tehdä yhteistyötä, mikäli koulunkäynnin tukemiseksi tarvitaan erityisjärjestelyjä. Hoidon suunnittelussa huomioidaan masennukseen liittyvät tekijät, kuten oireiden vakavuus ja kesto, sekä nuoren ikä, hänen

kehitysvaiheensa, depression aiheuttama psykososiaalinen haitta sekä perhetilanne. Nuoren tilannetta tulisi arvioida kokonaisuutena, eikä keskittyä liikaa yksittäiseen oireeseen. (Nuorten depressio – tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille.)

### 3 PERHEKESKEISYYDEN MERKITYS NUOREN DEPRESSION HOIDOSSA

#### 3.1 Vanhemmuus ja perhe käsitteinä

Vanhemmuuden käsitetään yleisesti tarkoittavan äitinä ja isänä olemista, ja se perustuu lapsuuden malleihin ja kokemuksiin. Lapsuudessa itsetunto kehittyy ja sen varaan rakentuu vanhemman rooli. Vanhemmuus on määritelty esimerkiksi henkiseksi kehitysprosessiksi, jonka edellytyksenä voidaan pitää kykyä ymmärtää lapsen tarpeita. Vanhemmat tarvitsevat tietoa lapsen psyykkisestä ja fyysisestä kehityksestä sekä monenlaista tukea ja konkreettista apua. (Friis, Eirola & Mannonen 2004, 20.) Vanhempien arvo- ja kasvatustietoisuus määrää heidän valintojaan kasvattajana, suhtautumistaan tehtäväänsä ja suuntautumistaan siinä. Sillä on ratkaiseva merkitys sille, miten vanhemmat kommunikoivat lastensa kanssa, miten he kohtelevat lapsiaan ja millaisen tunnesuhteen näihin luovat. (Laukkanen ym. 2006, 50.)

Murrosikäisen vanhemmuudessa on nähtävissä useita eri rooleja. Vanhempi on elämän opettaja, joka opettaa arkielämän taitoja, oikeaa ja väärää, antaa mallia, välittää arvoja ja opettaa sosiaalisia taitoja. Ihmissuhdeosaajana vanhempi on keskustelija, kuuntelija, ristiriidoissa auttaja, kannustaja ja anteeksiantaja. Rakkauden antaja antaa hellyyttä, lohduttaa, suojelee ja hyväksyy. Rajojen asettaja takaa fyysisen koskemattomuuden, luo turvallisuutta, ja noudattaa ja valvoo sääntöjä ja sopimuksia. Huoltaja taas antaa ruokaa, vaatetta, turvaa levon, hoitaa sairauksissa, auttaa rahankäytössä ja huolehtii puhtaudesta. (Laukkanen ym. 2006, 57.)

Perinteisen perhekäsityksen mukaan perheeseen taas kuuluvat avioliittoon siunatut äiti ja isä sekä heidän yhteiset lapsensa yhteisessä kodissa. Tämän tradition yhteneväisyys voidaan havaita aikansa eläneeksi ja erilaisia perhemääritelmiä on nykyään lukematon määrä. (Juntunen & Krats 1997, 1.) Maahanmuuttajat omine kulttuu-

reineen sekä avioerot ja uusperheet rikastuttavat ja monipuolistavat perheen määritelmiä vielä entisestään. Tärkeää onkin, että jokainen saisi määritellä perheensä itse, ja voisi kokea hänelle tärkeiden ihmisten voivan osallistua hänen elämäänsä koskeviin asioihin. (Koistinen, Ruuskanen, & Surakka 2004, 17.)

Perheen terveyttä kuvaava toiminta käsittää perheen itsensä hoitamista, perheen keskinäistä huolenpitoa sekä apua ja tukea erilaisissa elämäntilanteissa (Åstedt-Kurki, Jussila, Koponen, Lehto, Maijala, Paavilainen & Potinkara 2008, 25). Perhe on lapsen ja nuoren psyykkisen kasvun keskeinen ympäristö ja sen ainutlaatuista merkitystä kuvaa se, että ihmisen kyky muodostaa merkittäviä ihmissuhteita on yhteydessä perheen ihmissuhteisiin ja perheen sisäisen vuorovaikutuksen laatuun (Laukkanen ym. 2006, 51). Ominaisuuksia, jotka yleisesti liitetään hyvin toimivaan perheeseen, ovat yksilöityminen, vastavuoroisuus, joustavuus, pysyvyys, selvä roolijako ja avoin viestintä (Åstedt-Kurki ym. 2008, 74). Perheenjäsenten vuorovaikutussuhteilla on merkitystä yksilön hyvinvoinnille, ja yksilön hyvinvointi taas vaikuttaa koko perheen hyvinvointiin. Hoitotyön näkökulmasta se merkitsee sitä, että kaikille perheenjäsenille on annettava mahdollisuus saada hoitoa, perheenjäsenten välisiin vuorovaikutussuhteisiin paneudutaan ja perheiden voimavaroja sekä selviytymiskeinoja etsitään. (Friis ym. 2004, 19.)

### 3.2 Perhekeskeinen hoitotyö nuoren sairastaessa masennusta

Terveydenhuollossa perhe on aina ollut hoitotyön asiakkaana. Hoitoon hakeutunut perheenjäsen on aiemmin kuitenkin ollut aktiivinen hoitoon osallistuja ja muut perheenjäsenet ovat olleet ikään kuin hoitotyön toimintojen taustalla. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 14.) Erään vuonna 2001 tehdyn tutkimuksen tuloksista ilmenee, että jopa 38 % omaisista masentuu itse, kun perheenjäsen on sairastunut psyykkisesti (Nyman & Stengård 2001 Berg & Johansson 2003, 5 mukaan). Onkin tärkeää kiinnittää huomiota koko perheen sopeutumiseen ja jaksamiseen, kun yhdellä perheenjäsenellä on todettu psyykkinen sairaus.

Lasten ja nuorten hyvinvointi on erityisen riippuvainen koko perheen hyvinvoinnista. Vanhempien voimavarat ja parisuhteen laatu vaikuttavat koko perheen toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Perhekeskeisyydellä tarkoitetaan sitä, että jokaisen per-

heenjäsenen näkökulma otetaan toiminnassa huomioon ja työtä tehdään yhdessä perheen kanssa. Perhekeskeisessä työotteessa korostetaan perhettä itsensä asiantuntijana ja sitä kuunnellaan ja arvostetaan kaikissa sitä koskevissa päätöksissä ja suunnitelmissa. Perheen elämäntilanteen, kulttuuritaustan, tottumuksien ja ympäristön vaikutukset tunnistetaan ja ne ohjaavat toimintaa. (Koistinen ym. 2004, 17, 27.)

Lapsensa hoidon kannalta vanhempien hoitoon sitoutuminen on hyvin tärkeää. Vanhemmat väsyvät nopeasti epärealistisiin hoitomääräyksiin ja lisäksi heihin kohdistuu monia muita häiriötekijöitä ja paineita. Näitä on esimerkiksi heidän oma väsymyksensä, lapsen vastahakoisuus ja muut arkielämän vaatimukset. Yhdessä hoitoon liittyvien pitkäaikais- ja haittavaikutusten aiheuttamien pelkojen kanssa nämä tekijät voivat helposti houkutella vanhempia olemaan noudattamatta ohjeita. (Davis 2003, 27.)

Vanhempien omat mielikuvat itsestään ovat tärkeitä heidän sopeutuessaan lapsensa sairauteen, koska ne määräävät keskeisesti heidän käyttäytymistään. Mielikuvat muuttuvat sairauden toteamisen aiheuttamassa kriisissä, ja muutokset aiheuttavat usein ongelmia. Vanhemmat saattavat tuntea ahdistusta, itsesyytöksiä tai voimattomuutta. He voivat kyseenalaistaa oman kyvykkyytensä menneisyydessä, nykyhetkessä ja tulevaisuudessa sekä pohtia omaa osuuttaan sairauden synnyssä. Huono itsetunto heikentää jo itsessään sopeutumiskykyä ja kasvattaa siten koettuja vaikeuksia, jolloin selviytymiskyky laskee entisestään. (Davis 2003, 32 - 33.)

Perheen kanssa työskenneltäessä pyritään etsimään sen tarpeita ja toiveita, ja sen pohjalta suunnitellaan, millaista apua perhe kokee itse tarvitsevansa. Perhelähtöisyys ja perhekeskeisyys perustuvat perheen ja työntekijän väliseen yhteistyöhön, jonka toteuttaminen vaatii työntekijältä kykyä ja taitoa suunnata omaa toimintaansa tilanteen mukaisesti. Hän tukee perhettä riippuvuudesta riippumattomuuteen, objektina olemisesta vastavuoroiseen dialogiin ja numerona olemisesta yksilöllisyyteen. Perheen ja työntekijän välillä on kysymys tasavertaisesta kumppanuudesta sekä jaetusta vastuusta. (Friis ym. 2004, 171.) Vanhemmilla on vanhempainvastuu, kun taas hoitotyöntekijän vastuuna on tukea ja ylläpitää nuoren sekä vanhempien oikeuksia hoitoa koskevassa päätöksenteossa (Koistinen ym. 2004, 32).

Perhehoitotyö on perhekeskeistä hoitotyötä tarkempi käsite, joka tarkoittaa sitä, että yksilön ja perheen terveyden ja sairauden väliset yhteydet otetaan huomioon hoitosuunnitelmassa ja hoitoa arvioitaessa. Hoitotyön toiminnot vahvistavat perheen

voimavaroja ja kykyä vastata erilaisiin muutoksiin. Perhehoitotyö voidaan määritellä eri tavoin riippuen siitä, pidetäänkö perhettä potilaan taustatekijänä, jäsenistään muodostuvana kokonaisuutena vai kokonaisuudessaan hoitotyön asiakkaana. (Ivanoff, Risku, Kitinoja, Vuori, & Palo 2007, 13.)

Perhekeskeisen hoitotyön tavoitteena pidetään perheen terveyden ja hyvän voinnin edistämistä, ja se on aina olennainen osa asiakkaan kohtaamista. Perhettä on tuettava sen jäsenten terveyteen vaikuttavien asioiden tunnistamisessa ja niihin vaikuttamisessa. Perheen voimavarojen vahvistaminen edellyttää luottamuksellista ja avointa yhteistyösuhdetta ja kommunikointia, jossa perheenjäsenet tulevat kuulluiksi ja sitoutuvat yhteisiin tavoitteisiin. Aktiivinen kuuntelu sekä tuen ja tiedon antaminen ovat tärkeä osa yhteistyön onnistumista. Voimavarojen vahvistamisen seurauksena yksilön ja perheen itsetunto, oman elämän hallinnan tunne ja itsemäärääminen lisääntyvät, mikä johtaa elämän laadun paranemiseen. (Ivanoff ym. 2007, 14.)

Vanhemmat haluavat, että heitä kohdellaan kunnioittavasti älykkäinä ja aikuisina ihmisinä, ei lapsina. He haluavat, että heitä kuunnellaan ja heille tunnustetaan heidän asiantuntijuutensa lapsensa suhteen tämän vanhempina. Voidakseen ottaa osaa lastaan koskevaan päätöksentekoon he tarvitsevat tietoa ja keskusteluja. Vanhemmat arvostavat rehellisyyttä ja rohkaisua, ja he toivovat, että myös heidän lastaan kohdeltaisiin kunnioittavasti yksilönä ja että ammattilaiset ottaisivat huomioon koko perheen pelkän sairauden sijasta. Mikäli hoitotyöntekijät onnistuvat viestinnässään ja kohtelevat vanhempia kunnioittavasti, saattaa vanhempien itsekunnioitus kasvaa, jolloin he pystyvät paremmin sopeutumaan tilanteeseen. (Davis 2003, 28 - 29.)

Koskimäen ja Niemen Pro gradu -tutkielmassa käsiteltiin vanhempien kokemuksia perhekeskeisestä hoitotyöstä Länsi-Pohjan nuorisopsykiatrian poliklinikalla. Tutkimuksessa ilmeni, että vanhemmat kokivat perhekeskeisen hoitotavan erittäin hyvänä ja tunsivat saaneensa tietoa ja taitoja, joita he voivat hyödyntää myös kotona. Vanhemmat olivat sitä mieltä, että hoitokeskustelut oli käyty asiallisesti ja heidän hätänsä oli otettu vastaan ja siihen oli reagoitu. Työntekijät olivat antaneet heille toivoa tilanteesta selviämiseen ja voimaa jaksamiseen. Vanhemmille oli tärkeää olla mukana nuoren kanssa käydyissä keskusteluissa ja se, että keskusteluja voitiin käydä myös erikseen. Vanhemmat tahtoivat tulla huomioduiksi ja saada olla lapsensa vanhempia myös hoidon aikana. (Koskimäki & Niemi 2007, 43 - 44, 48.)

Kauppinen ja Kronholm taas ovat tehneet opinnäytetyön, jossa käsiteltiin potilaan omaisen mielipiteitä ja kokemuksia perhekeskeisen hoitotyön tarpeellisuudesta ja toteutumisesta psykiatrisen sairaalahoidon aikana. Tutkimuksessa kartoitettiin myös omaisten toiveita hoitohenkilökunnan suhteen. Hoitajien toivottiin pitävän yhteyttä omaisiin ja tiedottavan hoidosta omaisille. Omaiset toivoivat yhteistapaamisia hoitajan, potilaan ja omaisen kesken sekä usein toistuvia tapaamisia omaisen ja hoitajan välillä. Omaiset tahtoivat myös päästä mukaan hoitoneuvotteluun ja olla alusta alkaen mukana läheisensä hoidossa. Tietoa haluttiin hoitosuunnitelmasta, hoidosta ja suositeltavasta suhtautumistavasta läheiseen. (Kauppinen & Kronholm 1999, 48 - 54.)

Viime kädessä vanhemmat joka tapauksessa päättävät, mitä lapsen hyväksi tehdään, riippumatta siitä, onko kyseessä sairauden hoito tai lapsen yleinen hyvinvointi. Vanhempien toiveet, taidot ja hyvinvointi on huomioitava, sillä muuten lapselle ja hänen sairautensa hoidolle saattaa koitua haittaa. (Davis 2003, 37.)

### 3.3 Psykoedukaatio

Psykoedukaatiolla tarkoitetaan koulutuksellista perhetyötä. Siinä annetaan tietoa, tukea ja ohjausta sairastuneelle ja hänen läheisilleen yksilöllisesti, perhetapaamisin, ryhmämuotoisesti tai niiden yhdistelmillä. Psykoedukatiivisen perhetyön tarkoitus on antaa perheelle tietoa ja ohjausta. Työskentely on eteenpäin pyrkivää ja oppimiseen perustuvaa asiakkaan ja läheisten hyvinvointia tukevaa ohjausta, jossa perhettä rohkaistaan ottamaan aktiivinen osa keskustelussa. Psykoedukatiivinen perhetyön malli arvostaa perheen ihmissuhteiden ymmärtämistä, mutta ei tee perheelle tulkin-toja muutoksen aikaansaamiseksi. Psykoedukaatiossa tavoitteena on kehittää sairastuneen ja hänen perheensä omia kykyjä ja taitoja selvittää perheenä ja ratkaista ongelmia. Perhe nähdään tärkeimpänä resurssina sairastuneelle tuen antajana ja elämänlaadun kohottajana. (Berg & Johansson 2003, 4 - 9.)

Kun asiakas tulee hoitoon, voi hänelle ja hänen läheisilleen tarjota psykoedukaatioon keskittyvää perheinterventiota vaihtoehtona ja osana hoitoa. Psykoedukaatiota käytettäessä on otettava huomioon asiakkaan ja hänen perheensä koulutus-, kokemus- ja kulttuuritausta, heidän omat selitysmallinsa ja sairauteen liittyvä kokemuk-

sensa. Työskenneltäessä psyykkiseen häiriöön sairastuneen asiakkaan perheen kanssa oleellista on sairastuneen suostumus perheen ohjaukseen sekä osallistujien motivaatio. Perheen tapaamiset ja niihin liitetty psykoedukaatio tulee sisällyttää asiakkaan hyväksymään hoitosuunnitelmaan, ja asiakasta on motivoitava työskentelemään lähiverkostonsa kanssa. (Berg & Johansson 2003, 10.)

Psykoedukatiivisen perheohjauksen tavoitteena on lisätä sairastuneen ja hänen läheistensä ymmärrystä psyykkisestä sairaudesta ja lieventää traumaattista kokemista. Pyrkimyksenä on vaikuttaa kodin ilmapiiriin sairastuneen kuntoutumista ja läheisten hyvinvointia edistävästi. Lopullisena päämääränä on vähentää asiakkaan hoidon tarvetta ja helpottaa hänen osallistumistaan arkeen, kuten koulunkäyntiin, sekä parantaa koko perheen elämänlaatua. Läheisillä on myös arvokasta tietoa annettavanaan muun muassa asiakkaan sosiaalisesta toimivuudesta ja kuormittuvuudesta, ja on hyvin tärkeää, että ohjaus tavoittaisikin sairastuneen perheen ja läheiset. (Berg & Johansson 2003, 10.)

Osana psykoedukaatiota perheet voivat osallistua myös erilaisiin ryhmätoimintoihin, kuten vertaistukiryhmään. Vertaistukiryhmässä osallistujat saavat mahdollisuuden kohdata muita samankaltaisen kriisin kanssa kamppailevia. Ryhmä tarjoaa sekä tukea ja ymmärrystä että kritiikkiä ja uusia näkökulmia. Yhdessä ryhmäläisten kanssa etsitään masennukselle ja surulle sanoja, kerrotaan tunteista ja turtumisesta sekä tarkastellaan omaa elämäntilannetta normaalin arjen ulkopuolelta. (Berg & Johansson 2003, 38.)

## 4 VANHEMPIEN PSYKKINEN TUKEMINEN PERHEHOITOTYÖSSÄ

### 4.1 Psykkinen tuki käsitteenä

Käsite psykkinen tuki viittaa mihin tahansa tilanteeseen, jossa on olemassa molempienpuolinen sopimus siitä, että ihminen on vuorovaikutuksessa toisen ihmisen kanssa auttaakseen tätä. Olennaista on auttaminen kuuntelemalla ja keskustelemalla kyseenomaisen ihmisen kanssa, mutta tämä ei tarkoita hänen puolestaan toimimista, lääkityksen määräämistä tai jonkin lääketieteellisen toimenpiteen suorittamista.



Psyykkinen tuki ei ole ainoastaan ongelmien ratkaisemista, vaan sillä on myös yleisempi pyrkimys saada ihmiset tyytyväisiksi itseensä. (Davis 2003, 11.)

Psyykkiseen tukeen kuuluu yksilön vapauden kunnioittaminen hänen tehdessään sopiviksi katsomiaan valintoja. Yksilön omaa päätöksentekoa helpotetaan, ja hänen omia voimavaroja etsitään ja autetaan häntä ottamaan niitä käyttöön. Tilannetta on tarkasteltava apua hakevan henkilön näkökulmasta ja yhdessä hoitotyöntekijän kanssa voidaan neuvotella ja sopia tavoitteista. Osana psyykkistä tukemista on myös asianmukaisen tiedon välittäminen tukea tarvitsevalle mahdollisimman selkeästi ja tehokkaasti. (Davis 2003, 11.)

Oikeanlaisella psyykkisellä tuella voidaan auttaa monella tavalla. Sen vaikutuksesta hoitohenkilökunnan stressi vähentyy ja työtyytyväisyys kasvaa, potilaat ovat tyytyväisempiä, diagnostiikka tarkentuu, potilaita koskeva tieto lisääntyy ja hoitomyöntyvyys kasvaa. Tästä seuraten myös psykososiaalinen ahdinko lievittyy, hoitovaste paranee ja ehkäisytoimien teho lisääntyy. (Davis 2003, 14.)

#### 4.2 Tuen saannin tärkeys vanhempien jaksamisessa

Vanhempien psykososiaalisen sopeutumisen tulisi olla jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen keskeisin huomion kohde, sillä vanhempien rooli on ratkaisevan tärkeä lapsen hoidon kaikissa vaiheissa (Davis 2003, 14). Vanhemmat tarvitsevat tukea, jotta he itse jaksavat, mutta vähintään yhtä paljon tukea he tarvitsevat kuitenkin siihen, että he jaksavat tukea sairasta lastaan ja hänen sisarusiaan. He taistelevat lapsensa hyvän hoidon puolesta ja yrittävät parantaa tämän elämänlaatua. (Koistinen ym. 2004, 32 - 33.)

Tukeakseen perheitä hoitajien on ymmärrettävä olevan normaalia, että perheet käyvät läpi murheen prosessia. On yleistä, että perheenjäsenet kieltävät ja saattavat yrittää selitellä oireita tai etsiä toisia mielipiteitä selittämään oireita. Perheen on tultava toimeen vihan, pettymyksen ja voimattomuuden tunteiden kanssa. (LeClear O'Connell 2006, 42.)

Kyetäkseen auttamaan vanhempia tulisi hoitajien pyrkiä ymmärtämään vanhempien ja perheen kokemuksia, joita lapsen sairaus tuo näiden arkielämään. Vanhempien

kokemusten ja heidän asiantuntemuksensa esiin tuominen toimii yhtenä perustana sen ymmärryksen kehittämiseksi, jonka avulla sairaan lapsen hoitoa voidaan rakentaa parhaalla mahdollisella tavalla. Yhteistyösuhteen rakentaminen aloitetaan perheen yksilöllisistä lähtökohdista, ja pääajatuksena on, että nuori ja hänen perheensä tietävät oman elämänsä, kun taas hoitotyöntekijä tietää asioista ammattitaitonsa perusteella. Kun nämä tietämykset yhdistetään, auttaa se perhettä suuntaamaan elämäänsä eteenpäin, ja hoitotyöntekijä puolestaan saa perheeltä tietoa ammattitaitonsa vahvistamiseksi. (Friis ym. 2004, 167 - 169.)

Kun vanhempia yritetään auttaa sopeutumaan heidän kohtaamiinsa vaikeuksiin, alkaa auttaminen aina kuuntelemisesta. Se on jo itsessään tärkeä apukeino, mutta sen avulla voidaan myös luoda ilmapiiri, jossa vanhempien on helppo ilmaista huoliaan. Tuloksellinen työskentely ja vuorovaikutus perheiden kanssa ei vaadi pelkästään sairauden tuntemusta vaan myös perhettä itseään koskevaa tietoa, jota voidaan saada vain kuuntelemalla perhettä. Perheen kohtaamien ongelmien, perheenjäsenten vaatimien käsitysten ja heidän käyttämien sopeutumiskeinojen ymmärtäminen mahdollistavat vanhempien ja lasten auttamisen. (Davis 2003, 15 - 19.)

Perheen selviytymisen tukena on oltava erilaisia vuorovaikutuksellisia menetelmiä. Ystävällinen läheisyys, aktiivinen huolenpito, käytännöllinen auttaminen ja perheen ratkaisujen kunnioittaminen ovat avainasemassa. Perusteellinen selittäminen ja neuvottelukumppanuus sekä perheiden säästäminen odottamiselta tukevat myös sopeutumisprosessissa. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 77.) Tukea voidaan lisäksi antaa tapamalla vanhempia säännöllisin väliajoin tai pitämällä puhelimitse yhteyttä. Onnistumisen hetkellä tarvitaan kiitosta, ja huonompina hetkinä rohkaisua. (Davis 2003, 53.) Vuorovaikutuksen ominaispiirteitä, jotka taas vaikeuttavat perheiden selviytymistä, ovat ennakoimattomuus, perheen tuntemusten sivuuttaminen, vieraiden termien ja kielen käyttäminen, odottamisella rasittaminen sekä ulkopuolisen asioihin puuttuminen. Hoitotyöntekijän on tunnistettava ja hallittava omaa toimintaansa sekä otettava vastaan ja vastattava rakentavasti perheen vuorovaikutukseen. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 79.)

Elorannan päättötyössä tutkittiin astmaa sairastavien lasten vanhempien hoitohenkilökunnalta saamaa henkistä tukea. Tutkimuksessa haastateltiin kolmea perhettä, joiden kokemukset erosivat huomattavasti toisistaan. Perhe A koki perheen ja hoitohenkilökunnan välisen vuorovaikutussuhteen toimineen. Perheen huomioiminen oli

auttanut heitä jaksamaan eteenpäin, ja he olivat saaneet hoitohenkilökunnalta mahdollisuuden keskusteluihin sekä kannustusta ja kiitosta. Perhe piti tärkeänä sitä, että keskustelut käytiin lapsen ehdoilla vanhemmat huomioon ottaen. Perheet B ja C taas eivät kokeneet luottamuksellisen auttamissuhteen kehittyneen. Perhe B ei kokenut saaneensa henkistä tukea lainkaan. Perhe olisi tahtonut mahdollisuuden keskustella rauhassa, mutta näin ei ollut tapahtunut. Myös perhe C koki puutteita henkisen tuen saamisessa. Kaikissa kolmessa haastattelussa ilmeni hoitohenkilökunnan kiireisyys, mikä vaikutti luottamuksellisen hoitosuhteen syntymiseen. (Eloranta 1998, 15 - 19.)

Kun vanhempien tukeminen on onnistunut, tuntuu heistä parhaimmassa tapauksessa siltä, että hoitava henkilö välittää ja pitää heistä huolta tehden kaiken voitavansa ja paneutuen perheen asiaan huolellisesti ja vakavasti. Vanhemmat voivat uskoa hänen ammattitaitoon perustuviin sanoihinsa ja suhtautua tuleviin tapahtumiin rauhallisesti. Toivon tunne säilyy välitetyksi tulemisen ilmapiirissä, jossa ei tarvitse jäädä yksin. Hoitotyöntekijän avulla päästään eteenpäin, eikä vähättelyn tuntua ole. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 86 - 87.)

Mikäli psyykinen tuki on puutteellista, kokevat vanhemmat sen tavallisesti yksin jäämisenä, yhteydenotto- ja keskustelumahdollisuuksien ja myötätunnon osoitusten puuttumisena. Kokemukseen voi sisältyä tunne torjutuksi tulemisesta hoitajan ylimielisen tai välttelevän suhtautumisen seurauksena. Vanhemmat ja myös muut perheenjäsenet voivat tuntea joutuneensa käskemisen tai vihamielisen suhtautumisen kohteeksi. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 88.)

## 5 VANHEMPIEN TIEDOLLINEN TUKEMINEN PERHEHOITOTYÖSSÄ

### 5.1 Tiedon määritelmä

Tieto on perustarve sekä mielenterveysongelmaiselle itselleen että hänen perheelleen. Tieto psyykkisestä sairaudesta voi auttaa selviytymään. Perheellä ja asiakkaalla on tarve ja oikeus saada tietoa diagnoosista, mutta hoitajien tulee myös kertoa tutkimuksista ja selittää hoidoista. Perheenjäsenien, kuten asiakkaan itsekkin, on toisinaan saatava kuulla tietoja useaan otteeseen, kun he yrittävät ymmärtää asioita ja al-

kaa tulla toimeen suuren elämänmuutoksen kanssa. Kirjallisesta materiaalista voi olla myös apua, sillä sitä voi lukea omaan tahtiin uudelleen ja uudelleen. (Le-Clear O'Connell 2006, 42.)

Useissa perhekeskeisissä hoitosuosituksissa painotetaan, että asiakkaalla ja hänen perheenjäsenillään on oltava riittävästi tietoa psyykkisestä sairaudesta ja sen hoidosta, sillä asiallinen tieto vähentää ennakkoluuloja ja vääristyneitä käsityksiä psyykkisistä sairauksista. Siten tieto vähentää myös itse sairauteen liittyviä vaikeuksia erottaa ulkoista maailmaa omista mielikuvista. (Rönkä & Kinnunen 2002, 146.)

## 5.2 Tiedollisen tuen merkitys sopeutumisessa

Kaikki perheenjäsenet kokevat huomattavaa stressiä ja ahdistuneisuutta lapsen sairauden eri vaiheissa. Toiset sopeutuvat erinomaisesti, mutta toiset luhistuvat täysin. Perheeseen liittyvät tekijät, kuten avoin kommunikointi, konfliktien puuttuminen ja tunteiden ilmaiseminen, määräävät sopeutumis- ja selviytymiskykyä ja sairauden hallintaa. Sairauden toteamishetkellä vanhemmat joutuvat kaoottiseen tilanteeseen ja joutuvat alkamaan sopeutumaan. (Davis 2003, 20 - 24.)

Vanhemmat hankkivat tietoa sairauden oireista, syistä, ennusteesta ja hoidosta. Tiedonhankintaprosesseissa on kuitenkin suuria eroja, jotka johtuvat vanhempien oppimis- ja ymmärtämiskyvystä, aikaisemmasta tiedosta, tietolähteiden saatavuudesta ja muista henkilökohtaisista ominaisuuksista. Riittävän tiedon saamisessa voi ilmaantua ongelmia, joihin voi olla monia eri syitä. Asiantuntijoiden antama tieto sairaudesta ei välttämättä useinkaan ole riittävää, tai he eivät anna sitä oikealla hetkellä tai oikealla tavalla. Vanhemmilla ei itsellään aina ole myöskään mahdollisuutta käyttää hyväkseen muita tietolähteitä, kuten lääketieteellistä kirjallisuutta, tai he saavat tuttavapiiristään väärää tai ristiriitaista tietoa. Sairaus voi toisaalta myös kehittyä hyvin hitaasti, tai sairauden kulku ja ennuste ovat vaikeasti määritettäviä. Kuitenkin hyvä suhde hoitotyöntekijän ja vanhempien välillä voi vaikuttaa siihen, ettei vanhempien tarvitse itse etsiä tietoa muualta. (Davis 2003, 26.)

Elorannan päättötyössä tutkittiin myös astmaa sairastavien lasten vanhempien hoitohenkilökunnalta saamaa tiedollista tukea. Eräs perheistä sai hoitohenkilökunnalta

niukasti tietoa, ja toinen oli hankkinut itse alan kirjallisuutta, mutta koki saaneensa tietoa myös hoitohenkilökunnalta. Eloranta toteaaakin tutkimuksessaan, että hoitohenkilökunnan tulisi kiinnittää huomiota tehokkaaseen viestintään sekä tiedon käyttämiseen. Ilman tietoa vanhemmat eivät osaa tehdä paljoakaan lapsensa hyväksi. (Eloranta 1998, 15 - 19.)

Tiedonsaanti voi vaikeutua vanhempien osalta, jos alaikäisellä on hoitonsa suhteen itsemääräämisoikeus. Tällöin on hoitoon liittyvä selvitys annettava alaikäiselle itselleen ja hänellä on oikeus tarkastaa häntä itseään koskevat potilasasiakirjamerkinnät, jos tiedon antamisesta ei voi aiheutua vaaraa potilaan terveydelle tai hoidolle. Kun alaikäisellä on oikeus päättää hoidostaan itse, hänellä on oikeus myös oikeus kieltää terveydentilaansa ja hoitoaan koskevien tietojen antamisen huoltajalleen. Mikäli alaikäisellä taas ei ole itsemääräämisoikeutta, on selvitys hoidosta ja eri hoitovaihtoehdoista annettava hänen huoltajalleen. Huoltajalla on tällöin oikeus tarkastaa alaikäistä koskevia potilasasiakirjoja. Vaikka alaikäisellä ei olisi itsemääräämisoikeutta, on hänen huoltajansa kuitenkin keskusteltava hoitoa koskevista päätöksistä alaikäisen kanssa, jos se on mahdollista lapsen ikään ja kehitystasoon sekä asian laatuun nähden. (Koivisto 1994, 100 - 101.)

Tietämättömyys voi aiheuttaa turvattomuutta ja epävarmuutta sekä vaikeuttaa perheen omien voimavarojen käyttöä. Tiedon avulla perhettä autetaan muodostamaan näkemyksensä todellisuudesta ja siitä, miten perheen elämä mahdollisesti tulee muuttumaan ja mitä perheellä on odotettavissa. Tieto auttaa perhettä hahmottamaan omat mahdollisuutensa ja voimavaransa, jolloin perheen on helpompi tehdä päätöksiä, vaikuttaa ja toimia itse aktiivisesti. Tärkeä tieto perheen kannalta on myös se, mistä he voivat hakea ja saada apua sitä tarvitessaan. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 24.)

### 5.3 Tiedon annon vaativuus

Uuden tiedon antaminen on tavallisin tapa haastaa ihmiset muuttumaan ja sopeutumaan. Kun annetaan uutta tietoa, usein oletetaan, että vanhemmat ottavat sen vastaan, hyväksyvät sen ja muuttavat mielikuviaan. Jos kommunikaatio ei toimi hyvin, vanhemmat eivät ehkä ymmärrä tarjottua tietoa, eivät ole samaa mieltä, yrittävät kenties mitätöidä tiedot tai unhotavat siitä suuren osan. Vanhempien kannustaminen

muutokseen informaation avulla on tärkeää, joten kaikkien asiantuntijoiden olisi kyettävä tekemään se taidokkaasti. (Davis 2003, 83 - 84.)

Ensiaskel tiedon antamisessa on vanhempien aiemman tiedon ja kommunikaatiotavan selvittäminen. Ilman sitä on vaikea antaa tietoa asianmukaisella tavalla. Ensiselvitysten jälkeen tarpeellinen tieto voidaan esittää siten, että vanhemmat ymmärtävät ja muistavat sen mahdollisimman hyvin. Käytettyjen sanojen tulisi olla ymmärrettäviä ja yksinkertaisia. Vain tarpeellinen tieto tulisi antaa ja sekin vanhempien määräämässä tahdissa. (Davis 2003, 84.)

Hoitotyöntekijä tai muu tiedon antaja tarkistaa tulosta koko ajan, sillä hän tarkkailee puhuessaan kuuntelijaa. Kun kaikki tieto on esitetty, on tärkeää tarkistaa, mitä vanhemmat tietävät nyt, onko kaikki selvää vai onko syntynyt väärinkäsityksiä, ja miltä tieto heistä tuntuu. Ongelmien ilmetessä prosessi käydään läpi uudelleen ja esitetään tieto helpommalla tavalla, jonka jälkeen taas tarkistetaan tulos. Vanhempia on kuitenkin autettava myös muistamaan annettu tieto. Apua voi olla muistiin kirjoittamisesta, opaslehtisistä, aihekirjallisuutta lukemaan ohjaamisesta tai keskustelujen äänityksestä. (Davis 2003, 84.)

## 6 TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää seuraavia asioita:

1. Kuinka vanhempien asiantuntijuutta lapseensa kunnioitetaan ja hoitoon osallistuminen mahdollistetaan?
2. Kuinka vanhempien oma jaksaminen huomioidaan?
3. Kuinka vanhemmat kokevat saavansa tukea hoitohenkilökunnalta?
4. Kuinka vanhemmat kokevat saavansa tietoa hoitohenkilökunnalta?
5. Kuinka yhteistyö vanhempien ja hoitohenkilökunnan välillä kokonaisuudessaan toimii?

## 7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 7.1 Tutkimus- ja aineistonkeruumenetelmä

Tutkimusmenetelmämme valinta määräytyi tutkimuksemme tarkoituksen mukaan. Valitsimme tutkimukseemme kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimusmenetelmän, koska pyrimme tekemään mahdollisimman aitoja havaintoja vanhempien kokemuksista ja niiden merkityksistä (Kiikkala & Krause 1996, 55).

Aineiston keruumenetelmänä päätimme käyttää kyselylomaketta, jonka laadimme luettuamme kirjallisuutta masennuksesta ja vanhemmuudesta. Kyselylomakkeeseen (liite 1) laadimme kahdeksan avointa kysymystä tutkimusongelmien perusteella. Avoimet kysymykset sallivat tiedonantajien ilmaista itseään omin sanoin, mikä osoittaa asiat, joita tiedonantajat pitävät tärkeinä (Hirsjärvi 2004, 190). Liitimme seitsemään avoimeen kysymykseen myös kvantitatiivisen eli määrällisen asteikon 1-5, jotta saisimme myös mitattavan arvion kysymistämme asioista. Asteikossa nro 1 tarkoittaa erittäin huonoa ja nro 5 puolestaan erittäin hyvää. Tahdoimme asteikkoon myös neutraalin vaihtoehdon, jota asteikossa vastaa nro 3.

### 7.2 Kohderyhmä

Otimme yhteyttä Kouvolan nuorisopsykiatrian poliklinikan osastonhoitajaan ja tiedustelimme, olisiko hänellä kiinnostusta alkaa yhteistyökumppaniksemme. Hän kiinnostui, ja siten poliklinikasta tuli yhteistyötahomme. Nuorisopsykiatrian vastuualueen toimintasuunnitelman 2009 mukaisesti sen toiminta-ajatuksena on antaa nuorisopsykiatrasta erikoissairaanhoidotasoista tutkimusta ja hoitoa Kymenlaakson alueella asuville nuorille. Hoitotyötä ohjaavina tärkeimpinä periaatteina siellä ovat perhe- ja verkostokeskeisyys, yksilöllisyys, turvallisuus ja jatkuvuus. Hoitotyö toteutuu yksilövastuisesti ja suunnitelmallisesti, ja jokaiselle nuorelle tehdään ja arvioidaan yksilöllinen hoito- tai kuntoutussuunnitelma. (Nuorisopsykiatrian vastuualueen toimintasuunnitelma 2009.)

Kohderyhmäksemme muotoutui 13 - 17-vuotiaiden masentuneiden nuorten vanhemmat, koska Kouvolan nuorisopsykiatrian poliklinikan asiakkaat ovat pääosin 13 - 17-vuotiaita nuoria. Poliklinikan henkilökunta valitsi satunnaisotannalla 15 nuoren vanhemmat, joille he lähettivät kyselylomakkeen helmikuun 2009 alussa. Kyselylomakkeen ohella vanhemmille lähetettiin saatekirje, jossa selvitimme heille tutkimuksemme tarkoituksen sekä sen, että vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaukset ovat luottamuksellisia. Lisäksi vanhemmat saivat postimerkein varustetun palautuskuoren, jossa kyselylomake tulisi palauttaa anonyyminä tutkimuksen tekijöille helmikuun 2009 loppuun mennessä. Määräaikaan mennessä saimme kuusi tutkimuksemme kannalta kelpuutettavaa vastausta. Vastausprosentti oli täten 40 %.

Laadullisen tutkimuksen tärkeitä eettisiä periaatteita ovat tiedonantajien vapaaehtoisuus, henkilöllisyyden suojaaminen ja luottamuksellisuus (Janhonen & Nikkonen 2001, 39). Emme laittaneet kyselylomakkeeseen vanhempia tai heidän lastaan koskevia taustakysymyksiä turvataksemme henkilöllisyyden suojan. Emme myöskään pitäneet taustatietojen selvittämistä tutkimustehtävien kannalta oleellisina.

### 7.3 Aineiston analyysi

Saadut vastaukset analysoimme laadullista sisällönanalyysiä soveltaen. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn aineiston tiivistämistä niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistävästi. Sisällönanalyysin avulla voidaan myös tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. (Janhonen & Nikkonen 2001, 21.)

Sisällönanalyysiprosessin etenemisestä voidaan karkeasti erottaa seuraavat vaiheet: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. Analyysiyksikön määrittelyssä ratkaisevat aineiston laatu ja tutkimustehtävä. Tavallisimmin käytetty analyysiyksikkö on aineiston yksikkö: sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. Aineiston pelkistäminen tarkoittaa, että aineistolle esitetään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Aineistosta löytyvät vastaukset eli pelkistetyt ilmaisut kirjataan aineistoon termein. (Janhonen & Nikkonen 2001, 24 - 25, 28.) Aineistoa tulkitaan kehittämällä yläluokkia ja alaluokituksia. Tutkijan tulee huomi-



oida, että alaluokat ja niistä muodostetut yläluokat ovat yhdenmukaiset. Muodostettujen luokkien tulee olla myös toisensa poissulkevia. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 219.)

Ennen analysoinnin aloittamista luimme vastaukset useaan kertaan läpi. Seuraavaksi kirjoitimme kaikki vastaukset paperille kysymys kerrallaan siten, että keräsimme samalle paperille vastaukset aina yhdestä kysymyksestä ja ryhmittelimme ne tutkimusongelmittain. Sitten aloimme tahoillamme käydä läpi vastauksia ja etsiä niistä eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä tutkimusongelmiemme kannalta. Yhdistelimme samaa tarkoittavia asioita luokiksi, jonka jälkeen vertasimme molempien löytämiä teemoja. Otimme tutkimustuloksiin mukaan suoria lainauksia vastauksista, jotka mielestämme kuvaavat hyvin tuloksia.

#### 7.4 Tutkimuksen luotettavuus

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuus eli validiteetti tarkoittaa sitä, miten tarkoituksenmukaista tietoa tutkimuskohteesta saadaan (Kiikkala & Krause 1996, 72). Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta sen kaikissa vaiheissa (Hirsjärvi 2004, 217).

Aineistonkeruumenetelmänä käytimme kyselylomaketta, joka sisälsi avoimia kysymyksiä. Tutkimuksen luotettavuutta saattoi vähentää se, että tiedonantajat ovat saattaneet käsittää kysymykset toisin kuin itse ajattelimme. Väärinymmärrysten välttämiseksi pyrimme laatimaan kysymykset siten, että ne olivat mahdollisimman yksiselitteisiä. Lisäksi kysymykset esitettiin eräällä vanhemmalla, jonka lapsella on todettu masennus.

Luotettavuuden kannalta kyselylomakkeen haitta on, että ei ole mahdollista varmistua siitä, miten vakavasti tiedonantajat ovat suhtautuneet tutkimukseen ja ovatko he pyrkineet vastaamaan huolellisesti ja rehellisesti (Hirsjärvi 2004, 184). Ongelmana voi myös olla, että tiedonantajat ovat saattaneet vastata sillä tavalla kuin he ovat olettaneet tutkimuksen tekijöiden haluavan tai kokeneet sosiaalisesti hyväksyttäviksi. Tutkimuksemme luotettavuutta heikensi lisäksi vastausprosenttimme, joka oli

vain 40 %. Vastaajien vähyyden vuoksi meiltä on voinut jäädä arvokasta tietoa saamatta. Täten useita hyödyllisiä näkökulmia on jäänyt huomiotta.

Tutkimusta tehdessä tulisi välttää liian emotionaalisia aihepiirejä, sillä tutkija on tällöin kykenemätön tarkastelemaan asioita riittävän objektiivisesti ja kriittisesti (Hirsjärvi 2004, 74). Tutkimusaiheemme koskettaa meitä molempia, joten tämä voi osaltaan heikentää validiteettia. Laadullisessa tutkimuksessa tuotettu tulkinta on aina tutkijan persoonallinen näkemys, jossa ovat aina mukana hänen omat tunteensa (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 215). Tutkimuksen luotettavuutta saattoi heikentää myös meidän vähäiset kokemuksemme tutkimuksen tekemisestä.

Tutkimuksemme tarkoituksena oli antaa mahdollisimman aitoja havaintoja masentuneiden nuorten vanhempien kokemasta tuen ja tiedon saamisesta hoitohenkilökunnalta. Tutkimustulokset eivät ole yleistettävissä, koska kohderyhmämme rajoittui tietylle maantieteelliselle alueelle, tietylle poliklinikalle ja tutkimusotoksemme oli pieni.

## 8 TUTKIMUSTULOKSET

### 8.1 Vanhempien kokemuksia mahdollisuudestaan osallistua lapsensa hoitoon

Kyselylomakkeemme kysymykset 1 ja 3 vastasivat ensimmäiseen tutkimusongelmaamme. Tutkimukseemme osallistuneiden vanhempien kokemukset mahdollisuudesta osallistua lapsensa hoitoon olivat vaihtelevia. Pyysimme vanhemmilta arviota asteikolla 1 - 5 siihen, kuinka he ovat saaneet osallistua lapsensa hoidon suunnitteluun, ja keskiarvoksi tuli 3,4. Vanhempien asiantuntijuuden huomioiminen puolestaan sai hieman korkeammat arvosanat, ja keskiarvo oli 3,7.

Kolme kuudesta vastaajasta oli sitä mieltä, että he ovat saaneet osallistua hyvin aktiivisesti lapsensa hoidon suunnitteluun, neuvotteluihin ja tapaamisiin. Vastauksista paljastui myös tyytyväisyys jatkuvaan yhteydenpitoon ja hoitosuunnitelman pitämiseen ajan tasalla. Vanhemmat kokivat tulleen kuulluksi, ja heitä oli rohkaistu ilmaisemaan mielipiteensä:

*”Hoitosuunnitelmatilaisuuksia on ollut parin viikon välein ja niissä on mielipiteeni otettu hyvin huomioon.”*

Osa vastaajista taas koki, etteivät he ole saaneet osallistua riittävästi hoidon suunnitteluun. Yksi heistä oli kerran käynyt kuuntelemassa, kuinka hoito oli suunniteltu, ja toinen heistä oli saanut mahdollisuuden vain kerran vuodessa osallistua palaveriin, jossa oli läsnä myös lääkäri. Vastauksista ilmeni vanhempien ulkopuolisuuden tunne ja se, että mielipiteitä ei ehkä ole arvostettu eikä kysytty tarpeeksi. Vanhemmat kokivat, että keskustelutilanteet oli järjestetty vain velvollisuudentunteesta ja kohteliaisuudesta ilman suurempaa päämäärää. Yhdestä vastauksesta paljastui myös se, että hoidon suunnitteluvaiheessa yhteydenpidon niukkuus on voinut johtua myös vanhempien omasta aktiivisuudesta tai sen puutteesta:

*”Mielestäni meidän mielipidettä kysyttiin ainoastaan sen vuoksi, että sitä pitää kysyä. Hoitosuunnitelma oli kuitenkin laadittu jo.”*

*”Useammin olisin voinut tavata heitä. Toisaalta en ole itse ottanut yhteyttä. Aika olisi varmasti järjestynyt. Koen lähinnä saaneeni tietoa, missä mennään.”*

Joidenkin vastaajien mielestä heidän asiantuntijuutensa oman lapsensa suhteen on huomioitu hyvin tai erittäin hyvin. Yksi heistä koki, että hänen mielipiteitään ja sanomisiaan oli tuettu. Mielipiteen ilmaisua ei ollut tarvinnut hävetä, vaan hoitohenkilökunta oli ottanut ne luonnollisena osana sopeutumisprosessia. Hoitohenkilökuntaa pidettiin rohkaisevana ja ymmärtäväisenä, mikä sai aikaan luottamuksellisen ilmapiirin:

*”Tilannekartoituksessa on nimenomaan kuultu sitä, mitä mieltä perheenä olemme lapsestamme.”*

*”Sanottu, että parhaiten tunnen oman lapseni.”*

Myös päinvastaisia kokemuksia ilmeni. Eräs vastaajista ei tiennyt, mitä keskustelutilanteissa on käsitelty eikä hänen mielipiteitään ole kysytty. Hän koki jääneensä syrjään hoitoa suunniteltaessa ja olevansa vain objekti, ei aktiivinen osallistuja eikä vanhempana asiantuntija omaan lapseensa liittyvissä asioissa:

*”Välillä tuntuu, ettei äitiin luoteta, vaan hoito perustuu vain testituloksiin ja lääkärin sanaan.”*

## 8.2 Vanhempien kokemuksia oman jaksamisensa huomioinnista

Kysymykset 2 ja 4 kyselylomakkeessamme vastasivat toiseen tutkimusongelmaamme. Kysymyksessä 2 tiedustelimme, kuinka riittävänä vanhemmat pitivät yhteydenpitoa itsensä ja hoitohenkilökunnan välillä, ja keskiarvoksi muodostui 3,2 asteikolla 1 - 5. Kysymys 4 koski vanhempien jaksamisen varmistamista, ja keskiarvo oli 2,8.

Osa vastaajista on ollut tyytyväisiä yhteydenpitoon hoitohenkilökunnan kanssa. Heille on annettu aikaa keskusteluihin ja kerrottu, että yhteyttä voi ottaa puolin ja toisin, jos on asioita, jotka vaativat huomiota. Usein tapahtuvat yhteydenotot ja perheen pitäminen ajan tasalla toivat vanhemmille tunteen siitä, että he ovat osa hoitoa, mikä lisäsi heidän turvallisuuden tunnetta ja luottamusta hoitohenkilökuntaan:

*”Todella riittävänä, heillä on aikaa keskustella ja soittavat usein kuulumisia.”*

Osa vastaajista taas ei pitänyt yhteydenpitoa riittävänä. Vastauksista ilmeni, että henkilökunta ottaa vanhempiin yhteyttä pääosin silloin, kun lapsi jää hoitokerroilta pois. Eräästä vastauksesta paljastui myös vanhemman huoli yhteydenpidon riittämättömyyden ja tiedonkulun puutteellisuuden vuoksi. Vanhemmat ovat kaivanneet lisää tietoa hoidosta ja sen etenemisestä. Koska tiedonsaanti ja yhteydenpito eivät ole olleet riittäviä, ovat he kokeneet jääneensä ulkopuoliseksi, mikä on aiheuttanut epävarmuutta ja syyllisyydentunteita lapsen sairastumisesta. Vanhemmat eivät ole tiedenneet, miten parhaiten olisivat voineet tukea lastaan kotiooloissa, mihin he olisivat tarvinneet aktiivisempaa yhteydenpitoa ja neuvoja hoitohenkilökunnalta:

*”Lapselta ei välttämättä saa tietoa, jota kuitenkin kaipaa... Lapsen ja hoitohenkilökunnan väliset keskustelut ovat kuitenkin luottamuksellisia. Silti tarvitsisin tietoa siitä, kuinka huolissaan olisi syytä olla.”*

Vanhemmilla oli hyvin erilaisia kokemuksia siitä, kuinka heidän jaksamisensa varmistettiin. Nuorisopsykiatrian poliklinikan henkilökunta oli tarjonnut kahdelle vastaajalle mahdollisuutta omaan työntekijään. Toiselle heistä työntekijää oli tarjottu jo ensimmäisen käynnin yhteydessä, mutta vastaaja ei itse kokenut sitä tarpeelliseksi. Toinen heistä tapaa säännöllisesti omaa hoitajaansa, mikä on auttanut vanhempaa jaksamaan ja helpottanut lapsensa sairauden käsittelemistä:

*”Tapaamisissa on joka kerta kysytty, kuinka minä jaksan.”*

*”Minulla on myös oma hoitaja nuorisopsyk. poliklinikalla ja tapaamiset säännöllisesti hänen kanssaan.”*

Perhetapaamisten vähäisyys on haitannut joidenkin perheiden jaksamista. Yksi vanhemmista oli erityisen tyytymätön oman jaksamisensa huomiointiin. Hän ei kokenut saavansa lainkaan tukea ja kannustusta hoitohenkilökunnalta, mikä vaikeutti hänen omaa selviytymistään arjen rutiineista:

*”Tunnen olevani jaksamisen äärirajoilla ja hoitohenkilökunta unohtaa...”*

Poliklinikan henkilökunta oli varmistellut vanhempien jaksamista ja tiedustellut kahdelta vanhemmalta, onko heillä riittävää tukiverkostoa, jolle voi luottamuksellisesti kertoa tunteistaan ja ajatuksistaan. Näin vanhempien jaksaminen ei ollut riippuvainen ainoastaan hoitohenkilökunnan tarjoamasta avusta:

*”Perhetapaamisten yhteydessä henkilökunta on arvioinut omaa jaksamistani ja tukiverkostoani.”*

*”Kysymällä, onko minulla ketään ihmistä, jolle voin kertoa asioita ja purkaa huoleni.”*

### 8.3 Vanhempien kokemuksia tuen saamisesta

Kysymyksessä 5 tiedustelimme, minkälaista vanhempien saama tuki on ollut ja mitä he ovat jääneet kaipaamaan. Pääosin tuen saaminen koettiin riittävänä, mutta jokainen on kuitenkin jäänyt myös kaipaamaan jotakin. Vastauksien keskiarvo oli 3,3.

Vanhempien kuvailema tuki on pääosin ollut puhelinsoittoja, hoitoneuvotteluja ja keskusteluja hoitohenkilökunnan kanssa. Vaikka yhteydenpidot ja tapaamiset ovat olleet joidenkin vastaajien kohdalla epäsäännöllisiä, ovat vastaajat kuitenkin kokeneet niistä olleen apua. Yhdellä vanhemmista ei ole ollut tarvettakaan sen suurempaan tuen saamiseen.

Erään vastaajan mielestä tuki on kohdistunut enimmäkseen lapseen tai perheeseen, ja hän itse on jäänyt kaipaamaan hieman henkilökohtaisempaa huomiointia. Hän koki saavansa tukea pääosin omalta tukiverkostoltaan. Joistakin vastauksista paljastui, että vanhemmat ovat jääneet kaipaamaan lapsensa hoitoon liittyvien asioiden selvittämistä ja vanhempien pitämistä ajan tasalla. Ammattisanasto koettiin liian hankalaksi, mikä vaikeutti sairauden ymmärtämistä. Hoidon edistyminen jäi myös tällöin epäselväksi. Hoitohenkilökunnan ja lääkärin koettiin toisinaan pitävän vanhempien ymmärtämistä itsestään selvänä:

*”Olen jäänyt kaipaamaan testituloksien ja lääkärin lausuntojen selittämistä paremmin, koska ne sisältävät niin paljon ammattisanastoa, ettei maallikko ymmärrä.”*

*”Joskus olisi hyvä saada tietää jotakin, mitä asioita lapseni ja hoitaja käsittelevät ja mitä he ovat sopineet.”*

Eräs vastaajista toivoi hoitohenkilökunnalta tukea ja neuvoja arjessa elämiseen ja siihen, miten hän itse voisi auttaa lapsensa selviytymistä. Vaikka vastaaja koki itse pärjäävänsä hyvin eikä tarvinnut henkilökohtaista tukea hoitohenkilökunnalta, tunsikin olonsa avuttomaksi ja epävarmaksi. Hän ei ollut tietoinen siitä, auttaako hän lastaan parhaalla mahdollisella tavalla:

*”Kaipaankin jotain konkreettisia neuvoja siitä, kuinka minun ongelmista kärsivää lasta voisin omassa arjessa tukea.”*

#### 8.4 Vanhempien kokemuksia tiedon saamisesta

Kysymykset 6 ja 7 käsittelivät vanhempien kokemuksia tiedon saannista ja sen riittävydestä. Tiedollisen tuen saamisesta ja sen eri muodoista kysyttäessä vastaajien kokemukset erosivat toisistaan, mutta moni oli sitä mieltä, että tiedonannossa olisi parantamisen varaa. Keskiarvoksi muodostui 3.

Yksi vanhempi on kokenut, että hoitohenkilökunta on hyvin yrittänyt pitää perheen ajan tasalla. Puhelinsoitin ja neuvottelutapaamisin on tiedotettu hoidon etenemisestä vanhemmille. Eräs vastaajista kertoi saaneensa hoitohenkilökunnalta oppaita. Kir-

jällisen materiaalin avulla hän on kokenut helpommaksi tiedon omaksumisen ja mieleen palauttamisen, koska hän on voinut syventyä materiaaliin rauhassa. Oppaista hän on myös saanut mieleensä ajatuksia ja kysymyksiä, joita hän on voinut kysyä hoitohenkilökunnalta seuraavalla yhteydenpitokerralla. Lisäksi hän kertoi keskusteluista, joissa oli arvioitu hänen lapsensa edistymistä. Myös toinen vastaaja kertoi saaneensa tietoa tapaamisissa, vaikka koki niitä olevan liian harvoin.

Keskustelutilanteet ovat olleet joidenkin vastaajien mielestä harvinaisia, ja he ovat jääneet kaipaamaan niitä enemmän. Eräs vastaaja piti hoitajilta saamaansa tietoa riittävänä, mutta olisi toivonut lääkäriltä enemmän lääketieteellisen puolen selittämistä. Ammattisanaston käyttö on vaikeuttanut tiedon ymmärtämistä ja vähentänyt uskallusta kysyä mieltä askarruttavista asioista. Siten tiedonsaanti on jäänyt puutteelliseksi:

*”Masennuksesta ei ole annettu muuta tietoa kuin lääkkeiden nimet.”*

Osa vastaajista oli sitä mieltä, että tiedollisen tuen saaminen ei ole ollut riittävää ja tiedonsaanti on jäänyt täysin vanhempien oman aktiivisuuden varaan. He ovat itse etsineet tietoa oppaista ja Internetistä, jolloin väärinkäsitysten riski on voinut olla suuri. Lisäksi hoitohenkilökunta on saattanut luottaa siihen, että vanhemmat etsivät aktiivisesti tietoa, eikä ole huomioinut sitä, että kaikilla ei ole mahdollisuutta itsenäiseen tiedonhakuun:

*”Luottavat siihen, että tiedämme valmiiksi miksi olemme siellä.”*

Tiedonkulkuun on vaikuttanut myös lasten itsemääräämisoikeus. Lapsi ei ole välttämättä halunnut, että vanhemmat saavat hoitoaan koskevia tietoja, jolloin niitä ei voida vanhemmille kertoa. Tällöin vanhemmuus ja lapsen tukeminen on koettu vaikeana, ja vanhemmat ovat kokeneet epätietoisuuden lannistavana:

*”Tieto ei ole liikkunut meille. Lapsen ikä vaikuttaa liian painavasti. Puhutaan ’luottamuksesta’ sekä vaitiolovelvollisuudesta.”*

## 8.5 Vanhempien kokemuksia yhteistyön toteutumisesta kokonaisuudessaan

Kysymyksessä 8 tiedustelimme, kuinka yhteistyö hoitohenkilökunnan kanssa kokonaisuudessaan toimii vanhempien mielestä. Keskiarvoksi tuli 3,7. Vaikka vanhemmat ovat kokeneet hoidossa olevan joitakin puutteita, on yhteistyö toiminut heidän mielestään pääosin hyvin.

Ainoastaan yksi vastaajista on kokenut yhteistyön toimivuuden huonona ja hänen mielestään se on yksipuolista. Hoitosuunnitelmaa laadittaessa hänen näkökulmaansa ei ollut huomioitu eikä hänen asiantuntijuuttaan lapseensa liittyvissä asioissa arvoitettu. Hän on kokenut jääneensä sivuun tiedonkulun puutteellisuuden vuoksi. Myös tuen saaminen on tällöin voinut jäädä turhan vähäiseksi:

*”Tiedon kulku on huonoa, vanhempia ei kuunnella, vanhempia kuunneltu ainoastaan siksi, koska hoitosuunnitelmaa laadittaessa alaikäiselle laki edellyttää meidän kuulemista.”*

Kiitosta eräältä vastaajalta saivat hoitajien asiantuntijuus ja kyky saada kontakti nuoriin. Tällöin luottamuksellinen ilmapiiri on tullut mahdolliseksi, mikä on helpottanut hoitoon sitoutumista. Sama vastaaja oli lisäksi sitä mieltä, että aikoja on saanut hyvin. Hoitohenkilökunta on saanut järjestettyä tapaamiset vanhempien toivomusten mukaisesti ja joskus jopa lyhyelläkin varoitusajalla. Myös toinen vastaaja kiitteli henkilökunnan puolesta tapahtuvia yhteydenottoja ja keskustelumahdollisuuksia myös vanhempien omaan jaksamiseen liittyen. Halukkuutta tapaamisiin on tiedusteltu lisäksi muilta vastaajilta, mutta he itse eivät ole kokeneet tapaamisia tarpeellisiksi:

*”Hoitohenkilökunta on säännöllisesti yhteydessä minuun. Lähinnä kyselevät, miten on mennyt lapsen kanssa ja miten olen itse jaksanut.”*

*”Olen tyytyväinen. Parhaansa yrittävät”*

## 9 POHDINTA

Opinnäytetyömme tavoitteena oli selvittää, kuinka masentuneen nuoren vanhemmat kokevat saavansa tukea ja tietoa hoitohenkilökunnalta. Pyrkimyksenämme oli selvit-



tää myös, kuinka yhteistyö vanhempien ja hoitohenkilökunnan välillä kokonaisuudessaan toimii ja kuinka vanhempien asiantuntijuutta lapsensa suhteen kunnioitetaan. Tavoitteenamme oli lisäksi tuottaa tietoa siitä, millä tavoin hoitohenkilökunta huomioi vanhempien omaa jaksamista. Omana tavoitteenamme tässä opinnäytetyössä oli, että tulevassa työssämme ymmärtäisimme paremmin perheet osana hoitoa. Tahdomme myös pystyä kohtaamaan heidät heidän tunteitaan ja ajatuksiaan kunnioittaen muistaen samalla, että myös perheet itse voivat olla tuen tarpeessa.

Tutkimustuloksistamme ilmeni, että vanhemmat saavat osallistua hoitosuunnitelman laadintaan vaihtelevasti. Osa vastaajista oli saanut osallistua hoitosuunnitelman laadintaan ja he olivat tyytyväisiä yhteydenpitojen runsauteen. Jotkut vastaajista taas kokivat, etteivät he ole saaneet osallistua riittävästi hoidon suunnitteluun. Vastauksista paljastui vanhempien ulkopuolisuuden tunne ja se, että mielipiteitä ei ehkä ole arvostettu eikä kysytty tarpeeksi. Vanhemmat kokivat, että keskustelutilanteet oli järjestetty vain velvollisuudentunteesta ja kohteliaisuudesta ilman suurempaa päämäärää. Myös vanhempien oma aktiivisuus oli joissakin tapauksissa vaikuttanut hoitoon osallistumiseen.

Tutkimuksiin osallistuneista vanhemmista osa koki, että heidän asiantuntijuutensa oman lapsensa suhteen oli huomioitu hyvin. Heidän sanomisiaan oli tuettu ja mielipiteitään kuunneltu. Muut vastaajat sitä vastoin kokivat ulkopuolisuuden tunteita, eikä heidän sanomisiaan ollut arvostettu tavalla, jolla he olisivat itse toivoneet. Tärkeää olisikin, että vanhemmat otettaisiin hoitoon mukaan heti hoitosuhteen alussa ja heitä rohkaistaisiin kertomaan omat mielipiteensä ja näkemyksensä. Tämä voi tuoda nuoren hoitoon uusia näkökulmia, sillä vanhemmat tuntevat oman lapsensa paremmin kuin hoitohenkilökunta. Vanhemmat haluavat, että heitä kuunnellaan ja heille tunnustetaan heidän asiantuntijuutensa lapsensa suhteen tämän vanhempina sekä arvostavat rehellisyyttä ja rohkaisua (Davis 2003, 28 - 29).

Jotkut vanhemmista ovat olleet tyytyväisiä yhteydenpitoon hoitohenkilökunnan kanssa. Heille on annettu aikaa keskusteluihin ja kerrottu, että yhteyttä voi ottaa puolin ja toisin, jos on asioita, jotka vaativat huomiota. Osa heistä taas ei pitänyt yhteydenpitoa riittävänä, mikä aiheutti heissä epävarmuutta ja huolta, koska eivät tienneet lapsensa hoidosta ja sen etenemisestä. Voidakseen ottaa osaa lastaan koskevaan päätöksentekoon vanhemmat tarvitsevat tietoa ja keskusteluja. Mikäli hoitotyöntekijät onnistuvat viestinnässään ja kohtelevat vanhempia kunnioittavasti, saattaa van-

hempien itsekunnioitus kasvaa, jolloin he pystyvät paremmin sopeutumaan tilanteeseen. (Davis 2003, 28 - 29.)

Tutkimuksesta selvisi, että vanhemmilla oli hyvin erilaisia kokemuksia siitä, kuinka heidän jaksamisensa varmistettiin. Nuorisopsykiatrian poliklinikalta oli tarjottu osalle heistä omaa työntekijää ja säännöllisiä tapaamisia hänen kanssaan. Vastaajilta oli tiedusteltu myös heidän tukiverkostoaan. Osa taas koki, että heitä ei ollut tuettu riittävästi, jolloin vanhemman oma jaksaminen heikentyi. Vanhemmat tarvitsevat tukea, jotta he itse jaksavat, mutta vähintään yhtä paljon tukea he tarvitsevat kuitenkin siihen, että he jaksavat tukea sairasta lastaan ja hänen sisarusiaan. He taistelevat lapsensa hyvän hoidon puolesta ja yrittävät parantaa tämän elämänlaatua. (Koistinen ym. 2004, 32 - 33.)

Tuen saaminen koettiin pääosin riittävänä, mutta jokainen on kuitenkin jäänyt myös kaipaamaan jotakin. Tässä tutkimuksessa vanhempien kuvailema tuki oli pääasiassa puhelinsoittoja, hoitoneuvotteluja ja keskusteluja hoitohenkilökunnan kanssa. Vanhemmat toivoivat kuitenkin hoitohenkilökunnalta sitä, että heihin itseensä kohdistettaisiin enemmän tukea, koska nyt tuki oli jäänyt suurelta osin lapseen liittyväksi. Lisäksi vanhemmat toivoivat, että ammattisanasto selvitettäisiin paremmin, koska vanhemmat kokivat ammattikielen vaikeana ymmärtää. Osa heistä toivoi myös apua ja neuvoja siihen, kuinka selvitä arjessa ja pystyä parhaalla mahdollisella tavalla tukemaan lastaan. Tulokset viittaavat siihen, että vanhempien tukemiseen tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota. Erityisen tärkeää on vanhempien kuunteleminen, jotta saadaan aikaan luottamuksellinen ilmapiiri, jolloin vanhemmat pystyvät kertomaan tunteistaan ja ajatuksistaan. Lisäksi tapaamisia tulisi järjestää säännöllisesti, jotta vanhemmat eivät tuntisi jääneensä yksin.

Tietämättömyys voi aiheuttaa turvattomuutta ja epävarmuutta sekä vaikeuttaa perheen omien voimavarojen käyttöä. Tiedon avulla perhettä autetaan muodostamaan näkemyksensä todellisuudesta ja siitä, miten perheen elämä mahdollisesti tulee muuttumaan ja mitä perheellä on odotettavissa. Tieto auttaa perhettä hahmottamaan omat mahdollisuutensa ja voimavaransa. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 24.)

Tiedollisen tuen saamisesta ja sen eri muodoista kysyttäessä vastaajien kokemukset erosivat toisistaan, mutta jotkut olivat sitä mieltä, että tiedonannossa olisi parantamisen varaa. Vanhemmat ovat saaneet hoitohenkilökunnalta tietoa puhelinkeskusteluissa ja neuvottelutapaamisissa, ja osalle on annettu myös kirjallista materiaalia tu-

eksi. Jotkut vanhemmista kokivat, että keskustelutilanteet ovat jääneet turhan vähäisiksi, jolloin he ovat joutuneet etsimään itse tietoa mieltä askarruttavista asioista.

Asiantuntijoiden antama tieto sairaudesta ei välttämättä useinkaan ole riittävää, tai he eivät anna sitä oikealla hetkellä tai oikealla tavalla. Vanhemmilla ei itsellään aina ole myöskään mahdollisuutta käyttää hyväkseen muita tietolähteitä, kuten lääketieteellistä kirjallisuutta, tai he saavat tuttavapiiristään väärää tai ristiriitaista tietoa. (Davis 2003, 26.) Tällöin riskinä ovat väärinymmärrykset ja psyykinen ongelma voi tuntua käsittämättömältä. Vanhemmat eivät välttämättä rohkene kysyä hoitohenkilökunnalta, ovatko omat käsitykset tosia. He voivat siten myös omaksua yleistettyjä käsityksiä, jotka eivät välttämättä pädekään juuri heidän lapsensa kohdalla.

Yhteistyön toteutuminen kokonaisuudessaan hoitohenkilökunnan kanssa on vanhempien mielestä pääasiassa onnistunut hyvin. Kiitosta vanhemmilta sai ammattitaitoinen henkilökunta, joka kykeni luomaan hyvän yhteyden nuoriin asiakkaisiin. Myös joustavista tapaamisajoista ja keskustelumahdollisuuksista tuli kiitosta. Yksi vanhemmista kuitenkin oli tyytymätön yhteistyöhön, koska koki jääneensä täysin ulkopuoliseksi. Tämän tutkimuksen tulokset kertovat siitä, että vanhemmat olisivat toivoneet hoitohenkilökunnalta lisää tietoa psyykkisestä sairaudesta sekä siitä, miten sairauden kanssa eletään arkielämää. Lisäksi tieto toivottiin annettavan selkokielellä. Vanhemmat peräänkuuluttivat myös henkilökohtaisempaa tukemista ja jaksamisen varmistamista sekä säännöllisiä tapaamisia ja yhteydenottoja.

Tutkimustuloksemme ovat samankaltaisia kuin Kauppinen ja Kronholmin opinnäytetyössä, jossa tutkittiin potilaan omaisen mielipiteitä ja kokemuksia perhekeskeisen hoitotyön tarpeellisuudesta ja toteutumisesta psykiatrisen sairaalahoidon aikana. Tulokset viittaavat siihen, että sairastuneen perhe haluaa olla yhtä lailla osana hoitoa riippumatta siitä, onko läheinen avo- vai sairaalahoidossa. Perhe tarvitsee joka tapauksessa tietoa sairaudesta ja hoidon kulusta, sekä säännöllisiä yhteydenottoja ja tukemista.

Perheiden kanssa tehtävää hoitotyötä voisi pyrkiä kehittämään psykoedukaation eli koulutuksellisen perhetyön mallia soveltaen. Psykoedukaatiossa annetaan tietoa, tukea ja ohjausta sairastuneelle ja hänen läheisilleen. Työskentely on eteenpäin pyrkivää asiakkaan ja läheisten hyvinvointia tukevaa ohjausta, jossa perhettä rohkaistaan ottamaan aktiivinen osa keskustelussa. Perhe nähdään tärkeimpänä resurssina sairastuneen

tuneelle tuen antajana ja elämänlaadun kohottajana. (Berg & Johansson 2003, 4 - 9.) Soveltamalla psykoedukaatiota voitaisiin mahdollisesti vaikuttaa kodin ilmapiiriin, hoidontarve voi vähentyä ja elämänlaatu parantua koko perheen ollessa mukana hoidossa. Lisäksi perheillä on tärkeää tietoa annettavanaan sairaasta läheisestään.

Tutkimuksen tekeminen oli mielenkiintoista. Meillä kummallakaan ei ollut aiempaa kokemusta tutkimuksen tekemisestä, joten koimme sen välillä haastavana. Olemme saaneet paljon lisätietoa nuorten masennuksesta sekä perheen tukemisesta hoitotyössä. Tulevina sairaanhoitajina uskomme, että tämän työn tekemisestä on meille suuresti hyötyä tulevaisuudessa, kun kohtaamme perheitä sairauden keskellä.

Vanhemmat vastasivat kysymyksiin hyvin vaihtelevalla tavalla, ja vastauksissa oli hyvin paljon päällekkäisyyksiä eri kysymyksissä. Tämä vaikeutti vastausten tulkitusta. Riskinä avoimissa kysymyksissä onkin, että jokainen vastaaja voi ymmärtää kysymyksen eri tavoin. Toisaalta tämä toi vastauksiin monipuolisuutta, ja tarkoituksenamme oli juuri saada tietoomme vanhempien omia kokemuksia ja ajatuksia. Avoimet kysymykset antoivat myös vanhemmille mahdollisuuden vastata sen mukaan, mitä he itse pitivät tärkeänä. Tutkimusotoksemme oli pieni, ja vastausprosentti vain 40 %, minkä vuoksi pohdimme, olisimmeko teemahaastattelulla saaneet enemmän tietoa ja siten laajemman tutkimusnäkökulman. Tällöin olisimme voineet myös tähdentää kysymyksiä, jolloin olisimme voineet saada kattavampia vastauksia.

Vastausprosentin pienuus heikensi tutkimuksemme luotettavuutta, koska niin monen vanhemman näkökulma jäi kuulematta. Pieni vastausprosentti voi osaltaan selittyä sillä, etteivät vanhemmat ole kokeneet vastaamista tärkeäksi. Vanhemmat eivät myöskään ole välttämättä olleet tietoisia siitä, tulevatko tutkimustulokset näkymään käytännön hoitotyötä edistävästi. Lisäksi avoimet kysymykset ovat voineet vaikuttaa hankalilta tai aihe on voinut olla sellainen, että siitä ei mielellään kerrota ulkopuolisille.

Uskomme, että tutkimuksestamme on hyötyä kaikille hoitotyöntekijöille, jotka kohtaavat työssään sairastuneen ihmisen perheitä tai muita tämän lähiverkostoon kuuluvia henkilöitä, ja tukevat heitä arjessa jaksamisessa. Tutkimuksemme voi avata uusia näkemyksiä perheistä yhteistyökumppanina ja usein sairastuneen ihmisen tärkeimpänä voimavarana. Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista selvittää, vaikuttaako vanhempien sosioekonominen asema siihen, kuinka vanhemmat otetaan hoitoon mukaan.

## LÄHTEET

Berg, L. & Johansson, M. 2003. Psykoedukaation työkirja – Psykkisesti sairastuneen ja hänen perheensä / tukiryhmänsä kanssa toteutettava ohjaus. Lievestuore: Profami oy.

Davis, H. 2003. Miten tukea sairaan ja vammaisen lapsen vanhempia. Suomen sairaanhoitajaliitto.

Eloranta, E. 1998. Astmaa sairastavien lasten vanhempien hoitohenkilökunnalta saama henkinen ja tiedollinen tuki. Opinnäytetyö. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu.

Friis, L., Eirola, R. & Mannonen, M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. Helsinki: WSOY.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2001. Tutki ja kirjoita. Vantaa: Tammi.

Huttunen, N-P. 2002. Lasten ja nuorten sairaudet. Porvoo: WSOY.

Ivanoff, P., Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. & Palo, R. 2007. Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Porvoo: WSOY.

Juntunen, J. & Krats, S. 1997. Perhe tutkimuksen puristuksessa. Jyväskylän yliopiston perhetutkimusyksikön julkaisuja 6.

Kauppinen, R. & Kronholm, R. 1999. Potilaan omaisen mielipiteitä ja kokemuksia perhekeskeisen hoitotyön tarpeellisuudesta ja toteutumisesta psykiatrisen sairaalahoidon aikana. Opinnäytetyö. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu.

Kiikkala, I. & Krause, K. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. 2004. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Hygieia. Helsinki: Tammi.

Koivisto, J. 1994. Potilaan oikeudet ja potilasasiameistoiminta. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Koskimäki, R. & Niemi, P. 2007. Kokemuksia perhekeskeisestä hoitotyöstä Länsi-Pohjan nuorisopsykiatrian poliklinikalla. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto.

Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. 2006. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna: Duodecim.

LeClear O'Connell, K. 2006. Needs of Families Affected by Mental Illness. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services 44/3.

Nuorisopsykiatrian vastualueen toimintasuunnitelma 2009. Kymenlaakson sairaanhoitopiiri ky. Psykiatrian tulosalue. Nuorisopsykiatria. [Viitattu 30.1.2009].

Nuorten depressio – tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Kansanterveyslaitos. Mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto. Päivitetty 29.9.2008. Saatavissa: [www.ktl.fi](http://www.ktl.fi) [viitattu 24.10.2008].

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Perhe hoitotyössä – teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY.

Räsänen, E., Moilanen, I., Tamminen, T. & Almqvist, F. 2000. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Duodecim.

Rönkä, A. & Kinnunen, U. 2002. Perhe ja vanhemmuus. Suomalainen perhe-elämä ja sen tukeminen. Keuruu: PS-kustannus.

Åstedt-Kurki, R., Jussila, A-L., Koponen, L., Lehto, P., Maijala, H., Paavilainen, R. & Potinkara, H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. Porvoo: WSOY.

## HYVÄT VANHEMMAT!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta, Kuusankosken toimipisteestä, ja teemme parhaillaan opinnäytetyötämme. Aiheemme käsittelee masentuneiden nuorten vanhempien kokemuksia hoitohenkilökunnalta saamastaan tuesta ja tiedosta, ja tutkimuksemme tavoitteena on selvittää, kuinka Teidät vanhempina otetaan huomioon lapsenne hoidossa. Tahdomme saada selville, kuinka perhekeskeisyys ja yhteistyö vanhempien kanssa kokonaisuudessaan toteutuvat.

Yhteistyötahonamme toimii Kouvolan nuorisopsykiatrian poliklinikka, jonka kautta Teidät on valittu vastaamaan kyselyymme. Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista, ja voitte vastata siihen anonymisti. Tutkimuksen tekijät eivät tule missään tutkimuksen vaiheessa saamaan henkilöllisyyttänne tietoonsa, eivätkä kenenkään yksittäisen vastaajan tiedot paljastu tuloksista.

Tietosuojan turvaamiseksi voitte lähettää vastauksenne suoraan tutkimuksen tekijöille **28.2.2009** mennessä oheisessa palautuskuoressa, jonka postimaksu on valmiiksi maksettu. Vastauslomakkeet tuhotaan asianmukaisesti paperisilppurilla analysoitumme vastaukset ensin. Vastauksia voitte halutessanne jatkaa myös paperin kääntöpuolelle.

Lisätietoja voitte kysellä sähköpostitse:

outi.sihvonen@student.kyamk.fi tai eveliina.villikka@student.kyamk.fi

Kiitos vastauksistanne!

KYSELYLOMAKE

1. Kuinka aktiivisesti olette saaneet osallistua lapsenne hoidon suunnitteluun yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa?

---

---

---

---

---

---

Arvioikaa yhteistyön toteutumista hoidon suunnittelussa asteikolla 1 - 5 \_\_\_\_\_

(1=erittäin huono, 2=huono, 3=ei mielipidettä, 4=hyvä, 5=erittäin hyvä)

2. Kuinka riittävänä pidätte yhteydenpitoa Teidän ja hoitohenkilökunnan välillä?

---

---

---

---

---

---

Arvioikaa yhteydenpidon riittävyyttä asteikolla 1 - 5 \_\_\_\_\_

(1=erittäin huono, 2=huono, 3=ei mielipidettä, 4=hyvä, 5=erittäin hyvä)



3. Miten mielipiteenne ja asiantuntijuutenne oman lapsenne suhteen on otettu huomioon?

---

---

---

---

---

---

Arvioikaa mielipiteidenne huomioimista asteikolla 1 - 5 \_\_\_\_\_

(1=erittäin huono, 2=huono, 3=ei mielipidettä, 4=hyvä, 5=erittäin hyvä)

4. Kuinka Teidän oma jaksamisenne on varmistettu?

---

---

---

---

---

---

Arvioikaa jaksamisenne huomioimista asteikolla 1 - 5 \_\_\_\_\_

(1=erittäin huono, 2=huono, 3=ei mielipidettä, 4=hyvä, 5=erittäin hyvä)

5. Minkälaista Teihin kohdistuvan tuen saaminen on ollut ja mitä olette jääneet kaipaamaan?

---

---

---

---

---

---

---

Arvioikaa tuen saamista asteikolla 1 - 5 \_\_\_\_\_

(1=erittäin huono, 2=huono, 3=ei mielipidettä, 4=hyvä, 5=erittäin hyvä)

6. Minkälaista tiedollista tukea olette saaneet hoitohenkilökunnalta masennusoireiden toteamisen jälkeen?

---

---

---

---

---

---

---

7. Kuinka riittävää hoitohenkilökunnalta saamanne tieto on mielestänne ollut?

---

---

---

---

---

---

---

Arvioikaa tiedollisen tuen saamista asteikolla 1 - 5 \_\_\_\_\_

(1=erittäin huono, 2=huono, 3=ei mielipidettä, 4=hyvä, 5=erittäin hyvä)

8. Kuinka mielestänne yhteistyö kokonaisuudessaan Teidän ja hoitohenkilökunnan välillä on toiminut?

---

---

---

---

---

---

---

Arvioikaa yhteistyön onnistumista kokonaisuudessaan asteikolla 1 - 5 \_\_\_\_\_

(1=erittäin huono, 2=huono, 3=ei mielipidettä, 4=hyvä, 5=erittäin hyvä)